

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung
des Kantonsspitals Liestal (Chefarzt Prof. Dr. R. Wenner)

Transvesikale Operation von Vesico-Vaginalfisteln

Von R. WENNER

Meine Ausführungen beschränken sich auf die Vesico-Vaginalfisteln, die als Folge von abdominalen Totalexstirpationen des Uterus entstanden sind, nicht bei erweiterten Karzinomoperationen.

Diese Gruppe von Vaginalfisteln befindet sich regelmäßig zuoberst im Scheidengrund, meist in nächster Nähe der Uretermündungen, und die Vagina ist bei guter Technik der Operation stark hochgezogen und oft eng.

In den meisten Büchern und Atlanten der gynäkologischen Operationen wird empfohlen, die Vesico-Vaginalfisteln, wenn immer möglich, vaginal anzugehen. Meine langjährige Zusammenarbeit mit Urologen, vor allem mit Prof. Suter, haben mich davon überzeugt, daß diese Fistelarten wesentlich leichter und sicherer transvesikal operiert werden. Ich konnte in den letzten 6 Jahren 3 Fälle beobachten, die fast identisch waren. Es handelte sich um Frauen von 58, 47 und 45 Jahren, die alle wegen Uterusmyom operiert worden waren. Bald nach der Operation war spontaner Urinabgang beobachtet und auch die Fistel diagnostiziert worden. Die behandelnden Gynäkologen wagten die vaginale Operation nicht und ebensowenig die transvesikale Operation, da sie urologisch keine genügende Erfahrung hatten. Alle 3 Fälle wurden gemeinsam mit dem Urologen und mit bestem Erfolg operiert.

Folgende Punkte sind bei der Operation besonders zu beachten:

1. Nach Längsschnitt der Bauchdecken ist die Blase durch das Cavum Rezii breit zu eröffnen.
2. Durch ein Spreizspeculum ist die Blase übersichtlich einzustellen und es kann nützlich sein, wie *Boeminghaus* empfiehlt, sich die Fistelgegend mittels eines vorher in die Vagina eingeführten kleinen Balles oder Ballons entgegenzuziehen und anzuspannen.

3. Die Lage der Fistel ist, ebenso wie ihre Beziehungen zu den Uretermündungen und dem Ureterverlauf, genau zu prüfen. Einführen von Ureterenkathetern erleichtern das weitere Vorgehen.

4. Die Fistelränder sind überall zu exzidieren, dann die Blase von der Vagina abzubereiten.

5. Bei diesem Präparieren wird oft ungewollt das Peritoneum eröffnet. Dieses ist sofort wieder zu verschließen. In einem Fall konnten wir die Fistel gleichzeitig retroperitoneal durch Abschieben der Blase vom Parietalperitoneum von hinten angehen wodurch die Nähte nacheinander gegeneinander verschoben waren und nicht übereinander lagen.

6. Naht der Vagina mit Catgutknopfnähten.

7. Jetzt weiteres Abpräparieren der Blase von der Unterlage damit Gewebe freibekommen wird, um eine Zwischenschicht zwischen Blase und Vagina nähen zu können.

Im letzten Fall, bei dem die Fistel mehr als fingerdurchgängig war, wurde bei dieser Naht einmal der Ureter mitgefaßt, was durch die Fixierung des Katheters sofort festgestellt werden konnte.

8. Naht der Blase mit feinen Catgutknopfnähten.

9. Schluß der Blasenwunde in zwei Schichten und Anlegen einer Bauchblasenfistel. Der Katheter liegt im Gegensatz zu einem transurethral eingeführten Katheter nicht auf der Fistelnaht.

10. Der Katheter muß mindestens zwei Wochen liegenbleiben. Dann wird er entfernt und durch einen transurethralen Katheter ersetzt, bis die Bauchblasenfistel sich verschlossen hat, was meistens nur 2-3 Tage dauert.

Diese kurze Mitteilung hatte den Zweck darauf hinzuweisen, daß postoperative Blasenscheidenfisteln speziell nach Uterustotalexstirpationen meist besser transvesikal als vaginal operativ angegangen werden. Eine Methode, die wir dreimal mit bestem Erfolg anwenden konnten.